常務理事	事務長	担当者

健康保険　被保険者証再交付申請書（滅失・き損届）

（注意事項）
○④の□の該当する項目欄（滅失による再交付・き損による再交付）に印をつけてください。
○き損の場合はき損した被保険者証を添付してください。

①　被保険者証の記号・番号・氏名	記号		番号		被保険者氏名	
②　生年月日	年　　月　　日					
③　被保険者の所属事業所	事業所名称（会社名）					
④ 再交付をする者及び滅失・き損した者 □　滅失・再交付 □　き損・再交付 ※上記いずれかに印	被保険者					
	被扶養者（家族）		生年月日		続柄	
			年　　月　　日			
	被扶養者（家族）		生年月日		続柄	
			年　　月　　日			
	被扶養者（家族）		生年月日		続柄	
			年　　月　　日			
	被扶養者（家族）		生年月日		続柄	
			年　　月　　日			
⑤**（要記入）** 被保険者証を滅失したときの状況をご記入ください。						

上記のとおり再交付を申請いたします。
今後は十分取扱に注意いたします。
なお、滅失による被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

被保険者　現住所

連絡先

氏　名

事業主証明欄

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

年　　月　　日

事業所所在地

事業所名　称

事業主氏　名

電　話

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合